FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946

THESE

N° 879

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Michel LECLERC

Né le 27 Décembre 1913, à Versailles (Seine-et-Oise)

18 DEC 1946

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

LES TROUBLES PSYCHIQUES DE LA FEMME ENCEINTE

Président : M. LÉVY-SOLAL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29. RUE DEPARCIEUX, 29
1946

18 DEC 1916

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Michel LECLERC

Né le 27 Décembre 1913, à Versailles (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

LES TROUBLES PSYCHIQUES DE LA FEMME ENCEINTE

Président : M. LÉVY-SOLAL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29. RUE DEPARCIEUX, 29
1946

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Roussy, Baudouin.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... BINET

ASSESSEUR. ..... VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	N...
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	N...
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON(L.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	N...
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	RICHET (Charles).
Problemes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	LELONG.
Puériculture	DESGREZ (H.).
Radiologie médicale	DECHAUME.
Stomatologie	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER.
	DELMAS.
Anatomie pathologique	DELARUE.
	Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie.	BONNET.
Chimie médicale	FASQUELLE.
	ETTORI.
	N...
Chirurgie générale	AMELINE.
	FEVRE.
	FUNCK-BRENTANO.
	MENEGAUX.
	PATEL.
	SICARD.
	MERLE D'AUBIGNE.
	ROUX.
	PADOVANI.
	LEGER.
	HUGUIER.
	RUDLER.
Histologie	BULLIARD.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER.
	DEPARIS.
Maladies mentales	BARUK.
	DE SEZE.
Médecine générale	BARIETY.
	BOULIN.
	BROUET.
	CACHERA.
	COSTE.
	KOURILSKY.
	MAURIC.

	MM.
Médecine générale	DECOURT.
	LAMY.
	HAMBURGER.
	DREYFUS (G.)
	FAUVERT.
	GARCIN.
	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	LENEGRE.
	MARCHAL.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	SOULIE.
Médecine légale	DESOILLE.
Obstétrique	DIGONNET.
	LACOMME.
	SUREAU.
	VARANGOT.
Ophtalmologie	RENARD.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT (L.).
Parasitologie coloniale	N...
Pathologie expérimentale.	LEMAIRE.
Pharmacologie	CHEYMOL.
	N...
Physiologie	BARGETON.
	PARROT.
Physique médicale	N...
Thérapeutique	TURPIN.
Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*).
LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.
Clinique obstétricale	ECALLE.
Clinique O.R.L.	HALPHEN.

	M.
Clinique médicale	CHEVALLIER

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef ..	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

LE DOCTEUR GEORGES LECLERC

Ancien Médecin-Chef
des Mines Domaniales Françaises de la Sarre
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

Qui m'a aidé par ses conseils à atteindre ce but qui lui est cher.

A MA MERE

Qui sera toujours pour moi l'exemple vivant de la bonté et du dévouement.

QUE CE TRAVAIL SOIT POUR EUX
LE TÉMOIGNAGE DE MA PROFONDE TENDRESSE,
ET DE MA RECONNAISSANCE INFINIE

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR A. LAVAT

Médecin-Major de Première Classe
Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont la vie de dévouement restera pour nous un constant exemple.

A MON ONCLE

LE DOCTEUR PAUL LAVAT

Ancien Président de la Société d'Ophtalmologie de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

En témoignage de ma très sincère affection.

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRERE

LE CAPITAINE GÉRARD LEQUETTE

Substitut au Deuxième Tribunal Militaire de Paris

En témoignage de ma vive affection fraternelle.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A Monsieur le Professeur LEVY-SOLAL

Professeur de Clinique Obstétricale
Accoucheur des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur JEANDELIZE

Professeur Honoraire de la Clinique Ophtalmologique de Nancy
Chevalier de la Légion d'Honneur

Que cet ouvrage soit le témoignage de notre fidèle et respectueuse reconnaissance pour le bienveillant intérêt qu'il a bien voulu toujours nous témoigner.

A la mémoire
de Monsieur le Professeur SPILLMANN

Professeur de la Clinique Dermatologique et Syphiligraphique de Nancy
Officier de la Légion d'Honneur

Témoignage de notre admiration et de notre sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur LAMACHE

Professeur de Clinique Médicale à l'Ecole de Médecine de Rennes
Croix de Guerre

Qu'il veuille bien trouver ici, l'expression de toute notre reconnaissance pour son lumineux enseignement, et l'hommage de notre respectueuse affection.

A Monsieur le Docteur LE GAL LA SALLE

Professeur de Clinique Chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Rennes
Ancien Chef de Service de la Maternité
de l'Hôtel-Dieu de Rennes
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

En témoignage de notre profond respect et de notre reconnaissance pour son enseignement magistral à la chaire d'Obstétrique.

A Monsieur le Docteur GUILLERM

Chargé de Cours des Maladies Mentales
à l'Ecole de Médecine de Rennes

Son enseignement remarquable nous a permis de nous familiariser avec la psychiatrie.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance et de notre sincère attachement.

A Monsieur le Docteur DIERAS

Faisant fonction de Chef de Service de Dermato-Vénérologie
à l'Hôtel-Dieu de Rennes

En témoignage de notre sincère dévouement, et de notre reconnaissance pour les deux excellentes années passées dans son Service.

A Monsieur le Docteur BARON-RENAULT

Chirurgien à La Guerche de Bretagne
Croix de Guerre

Dont nous avons été l'Assistant pendant deux années.

En témoignage de notre vive reconnaissance, et de notre respectueuse amitié.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier, dans ce modeste travail, les psychoses survenant chez la femme enceinte, que ce soit au cours de la grossesse proprement dite ou après l'accouchement.

S'il est fréquent d'observer des modifications du caractère chez la plupart des femmes enceintes, il en est qui présentent des affections psychiques nettement caractérisées. Ce sont ces états, appelés psychoses, que nous allons étudier; plus particulièrement leur étiologie, puis leurs formes cliniques. Nous traiterons rapidement, ensuite, de la thérapeutique de ces affections; et, après avoir présenté deux observations, nous tenterons de dégager de notre étude les conclusions qui nous semblent les plus nettes.

Les désordres nerveux et mentaux sont extrêmement importants chez la femme enceinte, d'une part en ce qui concerne la grossesse elle-même, et d'autre part en ce qui concerne la marche de l'accouchement.

Ces désordres diffèrent sur quelques points, suivant qu'ils surviennent chez la femme enceinte, ou chez tout autre individu. En effet, certains facteurs tels que la constipation, la perte de sommeil, doivent être considérés comme jouant un rôle déterminant chez la femme enceinte.

Ceci souligne la nécessité pour le praticien d'effectuer une enquête minutieuse dans les antécédents personnels et familiaux de la parturiente. La connaissance

de désordres mentaux chez la femme enceinte, ou dans sa famille, permettra de prendre toute mesure utile pour la bonne conduite de la grossesse, et pour enrayer l'évolution du mal dont la femme est atteinte.

ETIOLOGIE

Du point de vue étiologique, les causes de ces désordres mentaux sont les mêmes chez la femme enceinte que chez toute autre femme; mais, chez la première, il faut ajouter des causes propres à son état.

Il est important d'insister particulièrement sur l'hérédité dont certains auteurs faisaient abusivement une base indispensable. De Lée de Chicago, pense que l'hérédité est retrouvée dans près de 50 % des cas; il en est de même pour Robert Jones. La plupart d'entre eux insistent d'ailleurs sur le caractère non obligatoirement transmissible des désordres mentaux. Ils pensent que l'hérédité nerveuse réside principalement dans l'alcoolisme, l'épilepsie et l'hystérie. D'une façon générale, il semble qu'elle entre dans une proportion de 30 % des cas. Citons que Regis a parlé d'hérédité similaire où la mère et la fille auraient présenté une psychose puerpérale.

La dégénérescence, considérée comme une déviation de l'hérédité, pourrait être une cause de ces psychoses. Elle serait aussi fréquente, sinon plus, que l'hérédité elle-même.

Enfin, la prédisposition est fréquemment invoquée comme cause, dans une proportion d'au moins 50 % des cas. Il s'agit d'une prédisposition acquise, dûe le plus souvent à des troubles cérébraux, méningés, ou corticaux d'origine toxique ou infectieuse; à des phé-

nomènes d'intoxication ou d'anaphylaxie; ou, encore, à des troubles circulatoires.

Nous allons passer en revue le rôle de ces différentes causes prédisposantes.

Le rôle de l'infection est indéniable.

L'existence d'une température élevée ou de microbes dans l'organisme de la malade, semble le prouver. L'infection détermine au point de vue clinique des formes avec méningite, hallucinations, ou mélancolie, suivant qu'elle est suraiguë, aiguë, ou bubaiguê; la confusion mentale existant toujours dans chacune de ces formes. Dès 1892, LALLIER signalait que l'infection pouvait être considérée comme étant à l'origine de 10 % des cas. Enfin, la fréquence de la démence après les fièvres puerpérales, est fortement suggestive de son origine infectieuse; mais, très souvent, les psychoses suivent une éclampsie, une chorée, une grossesse normale, et d'autres théories peuvent être invoquées.

Les auteurs américains approfondissent particulièrement le rôle joué par l'épuisement. Il peut être dû à des soucis moraux ou matériels, au surmenage, à des grossesses répétées, à une hygiène défectueuse. Il est évident que la grossesse étant la chose la plus importante dans la vie d'une femme, de l'ajustement mental, de l'adaptation de leur système nerveux à un nouvel équilibre, dépendra leur santé physique et morale. Dans la majorité des cas, la femme enceinte s'ajuste rapidement à sa nouvelle condition. Elle peut même être exaltée dans la réalisation de ce qu'elle accomplit, comme étant le but suprême de son existence. Il n'en existe pas moins que pour certaines femmes, la grossesse est indésirable, et parfois même une tragédie. Quelques unes sont effrayées, obsédées, et parfois veulent mourir; d'autres craignent de perdre leur attirance vis-à-vis de leur mari; d'autres encore redoutent la difficulté d'une nouvelle bouche à nourrir. Plus rarement il en est qui répudient leur responsabilité en ce qui touche l'instinct

maternel. Ailleurs, de profonds contre-courants de sentiments peuvent exister : une antipathie pour la famille de leur mari, ou pour leur mari lui-même. Quelques femmes n'ont aucun désir, devant les difficultés matérielles d'un monde cahotique, de porter de nouveaux enfants.

Le surmenage, et particulièrement l'accouchement lui-même, est cause fréquente d'épuisement. L'effort du travail est souvent trop fort pour certains systèmes nerveux, et les principaux auteurs croient qu'un travail douloureux et prolongé, sans infection, peut expliquer plusieurs cas de démence puerpérale. Des aberrations mentales transitoires, devant l'angoisse de la période expulsive, ne sont pas rarement observées, et on a vu se produire des cas d'homicide ou d'infanticide, ce qui est évidemment un point important dans certains cas médico-légaux.

Enfin de récentes études pratiquées par certains auteurs américains, révèlent que plusieurs phénomènes mentaux et nerveux survenant pendant la grossesse, peuvent être calqués sur l'état psychanalytique de leurs sources cachées, dans leur profond subconscient. Ils concluent en disant que l'irritabilité mentale, la mélancolie, la psychose, peuvent être rangées comme de véritables psychoses de guerre chez les soldats.

Ballet signale aussi le rôle de l'inanition particulièrement chez les nourrices, par autophagie ou par désassimilation trop importante.

L'auto-intoxication peut jouer un rôle prépondérant de différentes façons, soit par formation de déchets anormaux, soit par une augmentation des toxines; soit enfin par déséquilibre fonctionnel des glandes à sécrétion interne.

L'augmentation des toxines provient le plus souvent d'une insuffisance d'élimination. Celle-ci peut être d'origine gastro-intestinale, et l'on sait que la femme enceinte est une constipée habituelle. Elle peut être d'ori-

gine hépatique sur laquelle ont insisté Bar et Pinard; origine, aussi, de certaines psychoses alcooliques. Ce peut être enfin une origine rénale, et dès 1894, Joffroy parle de la folie brigtiquue.

La formation de déchets anormaux peut être d'origine génitale, comme l'a montré Budin, pour qui l'intoxication menstruelle existe aussi bien chez la femme enceinte que chez la femme normale; ou encore, d'origine placentaire dont le rôle, dans la production des toxines, a été précisé par Fieux et Mauriac.

Le déséquilibre fonctionnel des glandes à sécrétion interne, peut être enfin à l'origine de certaines psychoses par défaut de neutralisation de certains poisons de l'organisme. La thyroïde, les parathyroïdes, l'hypophyse, les surrénales, peuvent être incriminées. L'ovaire enfin, et le corps jaune dont le rôle anti-toxique a été mis en valeur par Villemin, peuvent influer, soit par excès, soit par défaut.

Il est à noter que la grossesse est par elle-même une des principales causes d'auto-intoxication.

Enfin, Laignel-Lavastine, en 1906, a montré que les toxines présentes dans l'organisme lors des intoxications puerpérales, ont une grande affinité pour la substance nerveuse sur laquelle elles déterminent des lésions dégénératives.

Quelle est donc en définitive, la classification que l'on pourrait adopter, du point de vue étiologique ?

Cauhon et Ingegnieus proposent, en 1903, le classement suivant :

1°. — Les réflexes partis de l'utérus.
2°. — L'auto-intoxication.
3°. — Les antécédents psychopatiques.

Mais les critiques généralement faites à cette classification, portent sur le premier paragraphe, qui semble devoir être rarement invoqué.

Un peu plus tard, en 1907, BAR et CHAMBRELANT distinguent également trois catégories de causes, à savoir :

— la prédisposition,
— l'intoxication,
— l'infection.

Il semble que la majorité des auteurs soit d'accord sur cette classification.

Nous nous ralierons personnellement à cette majorité, en adoptant plus particulièrement la classification proposée par DE LEE, et qui ne diffère de celle de BAR et CHAMBRELANT que sur une question de terminologie.

Voici cette classification :

1°. — Psychoses infectieuses,
2°. — Psychoses toxiques,
3°. — Psychoses idiopathiques, dans lesquelles entrent :

l'hérédité,
l'épuisement,
l'inanition,
l'anémie, etc...

FREQUENCE DES PSYCHOSES DE LA FEMME ENCEINTE

La plupart des statistiques portant sur les psychoses de la femme enceinte, sont anciennes. Il semble qu'elles ne reflètent pas la vérité d'aujourd'hui, qui semble en-deça des chiffres publiés. C'est ainsi que REGIS donne le chiffre d'une psychose pour 200 accouchements, alors qu'on établit de nos jours une psychose pour 2 à 3.000 accouchements.

Ces mêmes considérations sont valables quant au chiffre portant sur le nombre de ces psychoses par rapport au nombre des aliénés. RUNGE donne la proportion de 4 %.

Selon REGIS, ces psychoses seraient deux fois plus fréquentes au post-partum qu'à la période de lactation, et trois fois plus fréquentes que pendant la grossesse.

Grossesse	17 %
Post-partum	55 %
Lactation	27 %

Runge, cependant, donne des chiffres différents :

Grossesse	20 %
Post-partum	68 %
Lactation	10 %

En outre, il semble que c'est la multipare, la plus fréquemment atteinte, et surtout la femme de 25 à 35 ans.

Enfin, nous citerons la statistique de Gobby ayant trait aux différentes formes cliniques dont nous parlons au chapitre suivant :

Confusion mentale	35 %
Mélancolie	19 %
Manie	9 %
Démence précoce	8 %
Folie circulaire	4 %

Nous nous proposons avant d'aborder le chapitre suivant, et pour en faciliter l'étude, d'établir une rapide classification des psychoses de la femme enceinte.

Il est à peu près admis actuellement, de classer les psychoses en trois catégories, suivant qu'elles apparaissent pendant la gestation proprement dite, pendant les suites de couches, et pendant la lactation.

Les psychoses de la grossesse proprement dite, apparaissent principalement pendant les deux premiers mois ou pendant les deux derniers, qui sont les périodes de troubles toxiques maxima. Les psychoses de l'accouchement auraient pour cause principale la prédisposition. Elles apparaissent soit au moment de l'expulsion du fœtus, soit dans le courant de la deuxième semaine qui suit l'accouchement. Les psychoses de la lactation enfin, où s'additionnent généralement deux facteurs : l'infection et l'épuisement.

Certains auteurs ont dédoublé les psychoses de l'accouchement ou psychoses puerpérales, en psychoses de l'accouchement et psychoses des suites de couches.

ETUDE CLINIQUE

Nous suivrons dans cette étude clinique des psychoses de la femme enceinte, la classification dont nous venons de donner le détail.

Dans la grossesse physiologique, on peut observer quelques modifications psycho-nerveuses comme des troubles du goût, de l'odorat, du caractère, etc...

Lorsque ces modifications sont à tel point accentuées qu'elles sortent du cadre normal, elles transforment le syndrome en une véritable psychopathie.

I) Psychoses de la grossesse.

Les psychoses de la grossesse débutent soit dans les deux premiers mois, soit dans les deux derniers. Elles sont surtout fréquentes vers le septième mois.

On peut évaluer à quatre le nombre des différentes formes de psychoses qui surviennent à cette période.

Ce sont :

— la confusion mentale,
— la forme mélancolique,
— la forme maniaque,
— la forme catatonique.

a) La confusion mentale est la forme clinique la plus habituelle de ces psychoses.

Le début est généralement brusque, il est marqué par une crise hallucinatoire bientôt accompagnée de stu-

peur, de tendance excessive aux mouvements, parfois même d'idées délirantes.

b) La forme mélancolique ou dépressive est aussi une des plus fréquentes. Il y a mélancolie persistante, anxiété vive, sensation d'incapacité, inhibition des idées. La conscience est nette mais absorbée par une idée triste. La mémoire est intacte. Parfois se surajoutent des troubles d'auto-accusation, des idées de pauvreté, de persécution, des représentations hypochondriaques. Parfois, dans les moments d'anxiété il y a inclination à la violence, d'où surgit l'idée de suicide, ou d'agression vis-à-vis de l'entourage. Cette forme est favorable d'une manière générale. La guérison survient parfois seulement au bout de six mois et plus. Il est toutefois commun de noter la récidive au cours des grossesses ultérieures.

c) La forme maniaque est beaucoup plus rare. Elle peut succéder à la forme précédente. Le cadre psychique se singularise par le caractère aigu, inquiet, qui peut aboutir rapidement à l'agitation motrice. On note les excès d'idées, la distraction. Il existe fréquemment de l'érotisme, de la colère, où s'intercalent des idées de grandeur, et de l'hallucination des sens.

L'orientation seule est conservée, cependant que parfois il existe une tendance à la confusion des personnes. La manie peut se présenter périodiquement comme une manifestatioin dégénérative ou manie dépressive.

d) La forme catatonique commence par une période dépressive avec des troubles nerveux multiples accompagnés d'un état hypochondriaque. Ultérieurement, on note des alternatives prononcées de stupeur et d'excitation. La première sous forme de débilité des idées, de mouvements monotones répétés, de négativisme et d'automatisme. Les excitations sont impulsives et alternent avec l'inhibition, l'apathie et la stupeur. Tout ceci parfois accompagné d'indifférence et de conduite puérile.

L'évolution de cette forme serait favorable dans 25 % des observations.

D'une façon générale les psychoses du début de la grossesse sont plus favorables que celles qui apparaissent à la fin. Elles guérissent habituellement avant l'accouchement. Au contraire, les psychoses de la fin de la grossesse sont moins favorables; parfois elles se continuent après l'accouchement et dans certains cas passent à la chronicité sous forme de confusion ou de démence paranoïde.

Nous citerons, dans le cadre des psychoses de la grossesse, les psycho-polynévrites de KORSAKOFF avec amnésie antérograde, confabulation et obnubilation intellectuelle s'accompagnant de vomissements incoercibles. Cette f orme laisse fréquemment des séquelles psychiques nerveuses, et la mort surviendrait dans 20 % des cas. Le fœtus serait condamné dans la majorité des cas.

II) PSYCHOSES PUERPÉRALES.

Les psychoses puerpérales peuvent apparaitre immédiatement après l'accouchement. On observe alors le plus souvent des délires courts et transitoires, qui éclatent au moment de l'expulsion du fœtus ou du placenta. On observe souvent une forte excitation avec délire ou parfois de la stupeur. Chez la femme alcoolique, on a observé au moment de l'accouchement une crise de Delirium Tremens.

Mais le plus souvent la psychose n'apparait que vers le 6e ou 8e jour, parfois le 10e. Quelques prodromes l'annoncent : céphalée, constipation, fièvre, torpeur. Puis rapidement apparaissent des troubles psychiques, confusionnels avec délire. La forme catatonique a parfois été observée. On admet généralement que les psychoses puerpérales guérissent dans 80 % des cas. Néanmoins, certains cas évoluent vers la démence précoce,

ou la folie chronique, et un grand nombre aboutissent vers la mort dans un tableau de délire aigu.

III) Psychoses de la lactation.

La plupart des formes que l'on observe au cours des psychoses de la lactation, ont été traitées précédemment. Néanmoins, il faut signaler la fréquence des formes délirantes, avec idée d'homicide ou d'infanticide. Elles reconnaissent principalement pour cause : l'épuisement, et ce sont des formes peu curables et à évolution lente.

Voici esquissés les principaux tableaux cliniques que l'on peut rencontrer au cours des psychoses puerpérales.

Citons que les psychoses gravidiques se voient principalement chez les primipares. Les multipares, au contraire, présentent le plus souvent les psychoses puerpérales ou les psychoses de la lactation.

Nous ne pouvons manquer de dire quelques mots des psychoses éclamptiques, qui suivraient surtout, selon Bar, les états comateux, en leur donnant le nom de psychoses post-éclamptiques. Ces psychoses sont graves et leur fréquence se situe aux environs de 5 à 8 % des cas d'éclampsie. Elles peuvent débuter immédiatement ou quelque temps après la crise convulsive, ou encore alterner avec elle. Ce sont le plus souvent des psychoses hallucinatoires (vue, goût, tact, ouïe) avec accès confusionnels et amnésie intense, lacunaire, ou rétrograde. On note parfois des impulsions brusques avec idée de suicide, fugue, homicide et particulièrement infanticide. La mélancolie est rare et la catalepsie exceptionnelle.

Signalons enfin les psychoses mixtes résultant de l'association des facteurs infectieux et toxiques sur un terrain prédisposant, où se combinent les vésanies au syndrome confusionnel.

Chez certaines femmes atteintes de lésions inflammatoires des organes génitaux, les psychoses se présentent sous forme de démence accompagnée de confusion ou de mélancolie.

Dans certaines formes dégénérées, enfin, l'épilepsie peut s'observer, qui, selon BAR, est influencée favorablement par la grossesse, alors que pour d'autres auteurs comme : OLASCOAYER et CALATIONI elle précipite la maladie.

L'hystérie, ou plutôt le terrain hystérique pose des problèmes plus délicats. Presque toujours la maladie s'est manifestée avant la gestation, qui peut en accentuer les manifestations surtout chez les primipares. Mais le plus souvent les symptômes disparaissent au fur et à mesure qu'évolue la grossesse. Parmi ces symptômes les plus fréquents sont :

— Les convulsions.

— Les paralysies de type paraplégique soit flasques, soit spasmodiques avec altération de la sensibilité.

— Les manifestations psychiques enfin à forme de dépression, de stupeur et de confusion avec tendance au suicide, et de délires hallucinatoires. Le diagnostic se fera après avoir écarté les convulsions de l'éclampsie ou de l'épilepsie.

Pour terminer, précisons que toutes ces formes peuvent revêtir une allure aiguë où prédomine la confusion mentale avec obnubilation de l'intelligence et de la conscience normale, ou une allure chronique où prédomine la mélancolie avec conscience nette. Le type mélancolique peut d'ailleurs succéder au type confusion mentale.

Notons enfin que quelques auteurs ont tenté d'établir des tracés électro-encéphalographiques chez les femmes enceintes atteintes de psychose. Voici ce que dit à ce sujet LENNOX : « Les ondulations cérébrales

subnormales que nous avons trouvées ne peuvent être que constitutionnelles et non acquises. Elles peuvent indiquer une prédisposition à l'épilepsie ou autres désordres cérébraux semblables. Si cette étude est confirmée, nous ne pourrons faire de déduction non sur des statistiques générales mais sur l'actuelle observation des réactions de Bordet-Wassermann des femmes mariées ou sur le point de l'être. »

PRONOSTIC

En ce qui concerne le pronostic, nous avons déjà vu que les psychoses de la fin de la grossesse sont plus favorables pour la santé morale de la mère que celles survenant au début de la grossesse. De même, les psychoses puerpérales semblent être d'un pronostic plus sévère puisque la folie chronique peut en résulter, et que les cas de mort ne sont pas une rareté.

D'une façon générale, le pronostic des psychoses est des plus variable, et il dépend en premier lieu des causes elles-mêmes.

Dans la plupart des cas le pronostic est favorable, la guérison pouvant d'ailleurs survenir après plusieurs mois, et la possibilité de grossesses ultérieures est fréquente sans qu'aucune récidive n'intervienne, à condition toutefois de veiller à l'infection qui, comme nous l'avons vu, est une des principales causes déterminantes.

La statistique d'EVROT est la suivante :

Psychoses de la grossesse.	10 %	de guérison
Psychoses puerpérales	52 %	«
Psychoses de la lactation.	36 %	«

RUNGE est sensiblement du même avis. Ces chiffres ne sont plus admis actuellement comme nous l'avons vu. L'âge semble jouer un rôle important, puisque LAMELAND admet que le pronostic est plus défavorable au-dessus de 25 ans.

L'évolution dépendra de la constitution psychique du sujet, ainsi que de ses troubles organiques tels que des

lésions hépatiques, rénales, ou encore une toxi-infection ou un déséquilibre fonctionnel des glandes à sécrétion interne. Un autre élément de gravité est la débilité mentale congénitale, ou des maladies mentales antérieures.

Dans les formes habituelles la guérison survient au moment du retour des règles comme l'a déjà précisé BAR.

Par ailleurs la crise polyurique serait un symptôme de pronostic favorable annonçant la guérison. La durée en est variable et peut aller de quelques jours à deux ans environ.

Mais parfois l'état physique s'améliore sans que l'état psychique se modifie. C'est alors qu'il faudra craindre le passage de l'affection à la chronicité.

Parfois enfin la mort peut survenir, particulièrement dans les formes délirantes aiguës, accompagnée d'un état méningitique ou thyphoïde. Il existe une rétention azotémique avec parfois une légère lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, sans qu'on ait pû, jusqu'à présent, y déceler aucun germe. Ce qui fait rentrer ces cas dans le cadre des encéphalites non suppurées psychosiques.

Les formes stupides avec collapsus et les formes maniaques sont assez souvent mortelles.

Les formes de KORSAKOFF ont le plus souvent une évolution lente pouvant laisser des séquelles à la fois psychiques et nerveuses assez sérieuses.

En ce qui concerne l'enfant, s'il est rare que la psychose soit une cause de mortalité fœtale, il n'en reste pas moins que de graves questions se posent quant à son hérédité. Même si la psychose est toxique, l'affection n'est pas nécessairement transmise à la descendance; mais le fait de savoir si l'enfant sera ou non atteint plus tard, n'a pas encore reçu de réponse. Il en est de même sur la question de savoir s'il est possible d'autoriser une femme ayant présenté une psychose au

cours d'une grossesse ultérieure, à subir une nouvelle grossesse.

Rappelons enfin que, au cours des psychoses de KORSAKOFF, le pronostic est extrêmement grave et que son issue est à peu près fatale.

TRAITEMENT

Le traitement des psychoses de la gestation est variable. Quelques règles générales sont à envisager.

Tout d'abord les femmes prédisposées sont justifiables, avant tout, d'un traitement prophylactique.

On veillera particulièrement à l'hygiène, on surveillera avec soin ses émonctoires, et on appliquera une diététique appropriée. On instituera une thérapeutique anti-toxique générale, à laquelle on associera le traitement symptomatique habituel de la variété de syndrome mental devant lequel on est en présence. L'isolement devra être préconisé aussi précocement et aussi longtemps que possible.

Du point de vue curatif, on peut envisager le traitement des psychoses de la grossesse en général, sous trois angles différents, à savoir : médical, obstétrical, et chirurgical.

Le traitement médical comprendra les procédés anti-toxiques habituels, l'isolement, les sédatifs, auxquels sera adjoint un petit traitement opothérapique dont la malade tirera le meilleur avantage. Devant l'impulsion qu'ont ces malades au suicide, à l'homicide ou à l'infanticide, on établiera une surveillance stricte et de tous les instants; une personne devra rester en permanence près de la malade afin de la protéger elle-même, son entourage, et son enfant.

A ce propos, il est bon de rappeler qu'une telle surveillance s'appliquera à une éclamptique tant que son

état physique n'est pas devenu parfait (crise polyurique, disparition des œdèmes, de l'hypertension, de l'albuminurie) car les psychoses y sont souvent tardives.

Le traitement chirurgical peut être indiqué lorsque la psychose relève d'un infection puerpérale. Ce traitement devra être précoce, et on suivra les mêmes indications que pour le traitement chirurgical de l'infection puerpérale. L'hystérectomie d'emblée était le plus souvent pratiquée. Mais, de nos jours, le traitement chirurgical est pratiquement abandonné devant les résultats de la sulfamidothérapie; et, plus récemment encore de la pénicillinothérapie dont les résultats excellents donnent les meilleurs espoirs.

Nous avons réservé le traitement obstétrical pour clore ce chapitre sur le traitement des psychoses de la grossesse. C'est qu'en effet, il pose une question cruciale sur laquelle se sont combattus et se combattent encore la plupart des auteurs : FAUT-IL OU NON INTERROMPRE LA GROSSESSE ?

D'une façon générale, les auteurs sont d'accord pour tenter de limiter les indications d'une telle intervention. VAUDESCAL, MEYER, pensent qu'elle devra être réservée aux cas où l'apparition de la psychose est précoce et si elle s'accompagne de signes de toxémie grave.

LAMELAND, qui ne peut émettre l'opinion lorsque la psychose survient dans les deux premiers mois de la grossesse, pense toutefois qu'au cours des psychoses tardives, l'avortement provoqué ou l'accouchement prématuré peuvent trouver une indication aussi formelle que dans les vomissements incoercibles. La plupart des auteurs américains ne sont pas favorables à l'interruption de la grossesse dans la démence de la gestation, DE LEE en particulier s'y oppose dans la plupart des cas. Il croit que ces cas pourront être traités de la même façon que n'importe quelle autre toxémie, « à moins, dit-il, que l'accoucheur après consultation avec un médecin psychiatre, soit convaincu que l'affection mentale

est simplement contemporaine de la gestation (psychose de coïncidence) et sans relation causale directe. »

Sa position est la même en ce qui concerne l'enfant. Il dit encore : « Il ne réside pas d'indication à l'avortement, car si la psychose est toxique, nous ne pouvons savoir si l'affection sera transmise, et, ultérieurement, nous n'avons pas le droit de sacrifier l'enfant sur la simple supposition d'une possibilité d'affection mentale chez lui. »

METZGER enfin ne peut répondre et laisse la question en suspens. Mentionnons qu'il sera prudent de déconseiller les grossesses ultérieures aux femmes ayant présenté une psychose durant leur grossesse, de quelque forme qu'elle ait été.

OBSERVATIONS

Avant de conclure, nous nous proposons d'exposer deux observations de femmes ayant présenté une psychose puerpérale, et dont la terminaison a été différente.

1. — La première femme a été observée au printemps de l'année 1945, à la Maternité Pinard, de l'Hôpital des Enfants-Assistés.

Il s'agissait d'une femme de 32 ans, primipare, extrêmement fatiguée par sa grossesse, et qui avait beaucoup travaillé depuis une dizaine d'années environ. Après un travail pénible et long, elle accouche, après 32 heures de douleurs, d'un garçon vivant, pesant 3.350 gr. L'accouchement s'était effectué naturellement et sans aucun incident. Cependant, vers le deuxième jour, son caractère change. Elle rit et pleure sans motif, puis sa mémoire se trouble ; elle ne reconnait plus les personnes qui l'entourent, ni même son mari. Elle dit ne pas être mariée et ne se souvient pas d'avoir accouché. Lorsqu'on lui présente son enfant, elle trouve qu'il est joli mais nie qu'il est sien. Le soir du troisième jour, la température monte légèrement à 37°8, correspondant à la montée de lait ; le quatrième jour elle délire un peu et soutient des propos incohérents. Elle est mise sous la surveillance permanente d'une infirmière. On l'isole et on institue un traitement approprié. La lactation est supprimée.

Rapidement, en une quinzaine de jours, son état s'améliore. Les troubles disparaissent de la même façon qu'ils sont apparus,

et bien qu'on nota quelques jours de mélancolie, elle put rentrer chez elle complètement guérie au bout de un mois et demi.

Aucun antécédent n'a pû être trouvé chez cette femme.

Cette forme avec obnubilation intellectuelle et délire, est survenue chez une prédisposée par l'épuisement.

2. — La deuxième observation est empruntée à LAMELAND.

Il s'agit d'une primipare de 27 ans qui présenta le sixième jour après son accouchement une élévation de température accompagnée de troubles mentaux assez sérieux : mélancolie, puis agitation et délire. Vers le quatorzième jour son état s'aggrave physiquement et psychiquement. Elle devient inconsciente et entre dans une demi torpeur d'où elle ne sort que pour présenter des accès d'agitation grave. Elle mourut dans la journée suivante.

Cette femme avait présenté une forme aiguë avec infection grave. On peut supposer que cette femme, dont l'observation relatée date de 1926, aurait pû bénéficier le plus largement possible des armes efficaces de notre époque, et en particulier de la pénicillinothérapie.

CONCLUSION

De l'étude des psychoses survenant au cours de la grossesse et après l'accouchement, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1°. — La prédisposition semble être la principale cause des psychoses.

2°. — L'infection, autre cause de psychose, est de moins en moins invoquée au fur et à mesure du développement efficace de notre arsenal thérapeutique.

3°. — La fréquence des psychoses de la femme enceinte semble être en baisse.

4°. — L'interruption d'une grossesse en présence d'une psychose n'a pas encore reçu d'indications strictes, en ce qui concerne l'avenir de l'enfant.

5°. — La thérapeutique actuelle semble posséder avec la Pénicilline, une arme efficace susceptible d'améliorer le pronostic des femmes atteintes.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de thèse :
LEVY-SOLAL

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

PEREZ et GUIROY. — Psychose puerpérale à répétition. (*Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Buenos-Ayres*, 1931.)

ROFFO. — Folie puerpérale. (*Thèse*, Buenos-Ayres, 1888.)

BERNASCONI. — Grossesse et psychose. (*Pratique d'Obstétrique*, 1931.)

HARRIS. — Troubles mentaux associés à la gestation. (*Brit. Méd. Journ.*, avril 1936.)

BERMANN. — Un cas de psychose puerpérale tardive. (*Bull. de la Soc. d'Obs. et Gyn., Buenos-Ayres*, 1924, p. 233.)

HIRST-STROUSSE. — Origine des facteurs émotionnels chez les femmes enceintes normales. (*Amer. Jour. Méd. Sc.*, juillet 1938.)

SOREL (R.). — Psychose et grossesse. (*Feuil. Méd.*, sept. 1937.)

ROSSI. — Psychose puerpérale. (*Thèse*, Buenos-Ayres, 1908.)

CISTERNAS. — Psychose puerpérale. (*Thèse*, Buenos-Ayres, 1911.)

VINAY. — Maladies de la grossesse. 1894, p. 249.)

CHARPENTIER. — *Traité d'Obstétrique*. 1901.)

KOSMICK. — (*Amer. Journ. Obst. Gynec.*, février 1921.)

GIMENEZ-ZAPIOLA. — Etiologie de la psychose puerpérale. (*Thèse*, Buenos-Ayres, 1920.)

PIKER. — Psychoses compliquant l'accouchement. (*Amer. Journ. Obst.*, mai 1935.)

TEJERINA. — Psychose puerpérale. (*Rev. Obst.*, 1911, p. 153.)

RUFINO. — Folie puerpérale. (*Thèse*, Buenos-Ayres, 1915.)

PEREZ. — *Traité Obstétrique*, 1933.

MAYER. — *Zentralbl. f. Gyn.*, 1911.

ROBERTSON. — *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1924.

DE LEE. — Principles and practice of Obstric., 1945.

DUMOLAND. — Psychoses puerpérales. (*Encycl. Med. Chir. Paris.*)

METZGER. — L'accoucheur moderne, 1941.

JEANNIN. — Précis d'accouchement, 1944.

BUNDEAU. — L'art des accouchements, 1924.

LAMELAND. — Aperçu général sur les psychoses puerpérales. (*La Pratique Médicale Française*, juillet 1926.)

TABLE DES MATIERES

Pages

INTRODUCTION 15

ETIOLOGIE 17

FRÉQUENCE DES PSYCHOSES 23

ETUDE CLINIQUE 25

Psychoses de la Grossesse 25
Psychoses Puerpérales 27
Psychoses de la Lactatation 28

PRONOSTIC 31

TRAITEMENT 35

OBSERVATIONS 39

1. 39
2. 40

CONCLUSION 41

BIBLIOGRAPHIE 43

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S